Rok XXXIV. Kraków 30. Marca 1895 r. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy [illegible] Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskim i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Pan Bronisław Grabowicz 137. Clinton [illegible], [illegible].

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. ROŚCISZEWSKI: Przyczynek do leczenia przykurczenia stawu barkowego. — II. KOŚMIŃSKI: Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe (ciąg dalszy). — III. SZULISŁAWSKI: O operacyjnem leczeniu jaglicy (*trachoma*) (dokończenie). — IV. *Oceny i sprawozdania.* KLECKI: Patogeneza zapalenia otrzewny (ciąg dalszy). — *Okulistyka.* SCHULTE: O wynikach leczniczych wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu. — *Choroby zakaźne.* KARLIŃSKI: Przyczynek do nauki o żywotności przecinkowców cholerycznych. — *Histologia.* MORGENSTERN: Dalsze doniesienia w sprawie obecności nerwów w twardych składnikach zęba z podaniem sposobu ich wyszukiwania i przechowywania. — *Choroby dzieci.* HIGIER: Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci. — TISSIER: O ostrych zapaleniach błony śluzowej jamy nosa u noworodków. — *Zapiski terapeutyczne.* 40. ROSENBERG: Nowa metoda ogólnej narkozy. — 41. BLONDEL: Leczenie bólów błyskawicznych w wiądzie pacierzowym. — 42. GROSSMANN: O wodobromku skopolaminy. — V. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Towarzystwo lekarskie krakowskie. — VI. *Wiadomości bieżące.* — VII. *Ogłoszenia.*

I. Przyczynek do leczenia przykurczenia stawu barkowego.

Podał

Dr. E. Rościszewski.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 6. Lutego 1895).

Różnorodność przyczyn i stopnia przykurczeń stawu barkowego sprawiły, że i w celu leczenia ich używamy różnych sposobów.

W przypadkach nieznacznego przykurczenia należy próbować, czy ćwiczenie przez chorego w wykonywaniu ruchów czynnych i biernych, już to zapomocą odpowiednich przyrządów (Zaudera, Bardenheuera i t. d.), już to bez nich, nie wystarczy.

W celu leczenia przypadków cięższych podawano różne przyrządy, mające na celu powolne, ale stałe rozciąganie zrostów stawowych (Reibmayer, Hoffa i t. d), dalej gwałtowne rozrywanie zrostów w uśpieniu, a jeśli i to do celu nie prowadzi, pozostaje operacya krwawa. Albanese podał w tym celu osobną operacyę, polegającą na sztucznem utworzeniu nowego stawu w wysokości szyjki anatomicznej kości ramiennej.

Leczenie zapomocą ćwiczenia się w ruchach ze strony chorego tylko w przypadkach bardzo lekkich, tak co do objawów, jak i przyczyny przykurczenia prowadzi do celu.

Przyrządy rozciągające mają liczne złe strony. I tak: dla chorego jest chodzenie przez kilka tygodni a często i miesięcy, w przyrządzie bardzo niedogodne; przyrządy te są przytem dość skomplikowane, wykonanie ich trudne, tak, że w razie braku dobrego mechanika zupełnie z tego zrezygnować trzeba; wreszcie i skutek tego leczenia często zawodzi.

Rozrywanie forsowne zrostów w uśpieniu przedstawia zawsze dla chorego pewne niebezpieczeństwo. Nie mówiąc już o samem uśpieniu, to rękoczyn ten wywołuje zazwyczaj podrażnienie stawu i zamiast polepszenia, może sprowadzić pogorszenie. Do operacyi krwawej uciekamy się zwykle tylko w tych przypadkach, w których sama choroba tego wymaga, jak n. p. przy przykurczeniu powstałem wskutek zapalenia gruźliczego.

To też mając w ciągu ostatniego roku dwa przypadki znacznego przykurczenia stawu barkowego, nie mogłem się zdecydować na żaden z tych sposobów. Postanowiłem więc spróbować, czyby zapomocą masażu i odpowiedniego wykonywania ruchów biernych, przy równoczesnem działaniu na główkę kości ramiennej nie udało się osiągnąć dobrego skutku. Nim przystąpię do historyi chorób leczonych w ten sposób przypadków, pozwolę sobie opisać sam sposób wykonania.

Przed rozpoczęciem ruchów musimy zwrócić uwagę na mięśnie stawu barkowego i ramienia. Te są zwykle wskutek natężania ich przez chorego przy każdem usiłowaniu ruchu w stanie mocnego podrażnienia i naprężenia, bolesne i wskutek tego stawiają ruchom biernym silny opór. Usunąć to naprężenie i bolesność można za pomocą bardzo lekkiego masażu (*effleurage*). Objawy te ustępują i mięśnie poddają się łatwo wszelkim ruchom.

Skorośmy to uzyskali, przystępujemy do samych ruchów. Trzy są ruchy, które wyrabiać musimy:

1) odprowadzenie ramienia ku zewnątrz (abdukcya), 2) przesuwanie ramienia po przedniej ścianie klatki piersiowej ku górze i wewnątrz, 3) obrót (rotacya) ku tyłowi i wewnątrz.

W tych granicach, w których te ruchy są możliwe, da się bez żadnych trudności wykonać ruch obrotowy i wszyst-

kie inne. Co się tyczy pierwszego, to wykonywa się go w sposób następujący: lekarz staje z tyłu chorego. Jedne rękę kładzie pod pachę w ten sposób, że palce stroną dłoniową dotykają wewnętrznej powierzchni ramienia, drugą zaś na górną część główki kości ramieniowej. Kończynę w łokciu zgiętą podtrzymuje asystent, i to jedną ręką łokieć, drugą przedramię. Obecnie lekarz rękę, która się znajduje pod pachą, przesuwa ku łokciowi na wewnętrznej stronie ramienia, starając się przytem ramię unosić nieco ku górze, drugą zaś za pomocą ruchów półkolistych uciska dłonią na główkę. W ten sposób da się kończyna o tyle unieść, o ile jej zrosty względnie nierówności w stawie na to pozwolą. Asystent ma za zadanie tylko ramię utrzymywać na tej wysokości, do której je lekarz podnosi, sam nie wykonywa żadnego ruchu. Skoro zrosty nie pozwalają na dalsze podniesienie ramienia, czuje to dobrze tak lekarz, jak i pacyent.

Pacyent, którego historyę choroby jako pierwszego przytaczam, będąc także lekarzem, dokładnie oznaczał to uczucie, twierdząc, że się zrost napina. Lekarz zaś czuje elastyczny opór, który przeciwdziała coraz to mocniej jego usiłowaniom. Wówczas bardzo powoli unosi się w wyżej podany sposób ramię jak można najwyżej a potem podtrzymując je, ręką na główce działającą główkę się silniej naciska. Pod wpływem tego nacisku zrost pęka, słychać zwykle wyraźne chrupnięcie w stawie i ramię natychmiast da się nieco więcej unieść w górę. Rękoczyn ten powtarza się na jednem posiedzeniu 3—4 razy, o ile choremu nie sprawia bólu lub zmęczenia. Po tym ruchu następuje ruch drugi: przesuwanie kończyny po przedniej ścianie klatki piersiowej ku górze i wewnątrz. Lekarz stoi znowu z tyłu chorego i postępuje tak samo, z tą tylko różnicą, że jedna ręka działa na tylnej stronie ramienia, unosząc je w ten sam sposób ku górze, druga zaś na przedniej stronie główki, starając się zwracać jej górną część ku tyłowi. Przy trzecim ruchu (obrót ku tyłowi i wewnątrz) staje lekarz z boku chorego i stara się jedną ręką na przedniej części ramienia zwrócić je w wskazanym kierunku, drugą zaś działając na tylnej części główki, zwrócić ją ku przodowi. Ręka spoczywająca na ramieniu działa zawsze, przesuwając się powoli od karku ku łokciowi; asystent przy tych wszystkich ruchach ma to samo zadanie, co przy pierwszym ruchu, t. j. tylko podtrzymywać kończynę.

Przy każdym z tych ruchów muszą ręce działać razem i wzajemnie się wspomagać; ręka spoczywająca na główce kości ramiennej ma równie ważne zadanie, jak ręka na ramieniu, obie muszą utrzymywać czucie, jeśli się tak można wyrazić, między sobą. Tylko tak jest wykonanie tych ruchów w sposób łagodny, dla chorego niebolesny, stawu niedrażniący, mozliwem.

Skoro te ruchy już wykonano, ujmuje lekarz jedną ręką za łokieć, drugą stara się ustalić łopatkę i wykonywa kończyną ruch obrotowy, który w odpowiednim do tamtych zakresie zupełnie łatwo da się wykonać.

Przy całej tej czynności nie powinien chory uczuwać żadnego bólu, w przeciwnym bowiem razie może wystąpić zadraźnienie stawu i skutek wręcz przeciwny. Skoro chory uczuje lekki ból, należy natychmiast zaprzestać i dalszą pracę odłożyć do następnego dnia.

Początkowo zwykle tylko małe bardzo rezultaty można osiągnąć na jednem posiedzeniu, powoli dopiero udaje się otrzymywać coraz to większe ruchy. Po każdem posiedzeniu chory zawiesza rękę na chustce (*mitella*) i pozostawia ją w zupełnym spokoju do dnia następnego; dopiero gdy bolesność w stawie i mięśniach ustąpi zupełnie i ruchy są już dość znaczne, można choremu pozwolić na ostrożne ruchy czynne.

Co się tyczy mięśni zanikłych, względnie zapalnie naciekłych, jak w drugim przypadku, to staramy się je za pomocą masażu doprowadzić do prawidłowego stanu, co się udało w obu przypadkach. Obydwa w ten sposób leczone przypadki różnią się od siebie tak co do przyczyny przykurczenia, jak i objawów.

Przypadek pierwszy tyczy się chorego lat około 40 liczącego, dobrze zbudowanego i odżywionego. Chory ten, jadąc na rowerze, przewrócił się tak nieszczęśliwie, że złamał kość ramieniową lewą w części torebką stawową objętej. Założono odpowiedni opatrunek i kość zrosła się zupełnie dobrze, jednakże chory miał po zdjęciu opatrunku (w 5 tygodni po złamaniu) ruchy w stawie barkowym znacznie upośledzone. Odprowadzenie ramienia (abdukcya) było możebnem tylko o tyle, że łokieć od klatki piersiowej oddalał się na szerokość 4-ch palców, tak samo przy ruchach naprzód i w tył łokieć się poruszał tylko w zakresie kilkunastu cm. Naturalnie mówię tu o ruchach przy ustaleniu łopatki. Każdy ruch sprawiał mocny ból. Mięśnie ramienia nieco cieńsze, niż po stronie zdrowej, w dolnej części mięśnia trójkątnego guz twardy, bolesny, wielkości orzecha włoskiego, pozostały po mocnem stłuczeniu.

Tak znaczne upośledzenie ruchów, jakoteż sam rodzaj złamania, wskazywały, że przyczyną przykurczenia nie jest unieruchomienie stawu w opatrunku, tembardziej, że nie trwało ono zbyt długo, lecz zmiany w samym stawie, że pochodzi ono z powodu wytworzenia się nadmiernej kostniny w miejscu złamania, t. j. w części kości ramiennej torebką stawową objętej, tudzież zrostów w stawie powstałych.

Po zastosowaniu masażu i wyżej podanego leczenia chory ten po dwumiesięcznej kuracyi wrócił do zupełnego zdrowia, kończyna porusza zupełnie prawidłowo, bólów, ani osłabienia przytem nie doznaje. Od ukończenia leczenia upłynął już rok i stan jest ciągle prawidłowy.

W miesiąc po ukończeniu kuracyi u tego chorego zgłosił się do mnie pacyent lat około 50 liczący, który przed rokiem dostrzegł, że mu trudno w stawach barkowych poruszać obu kończynami górnemi. Przypisywał to reumatyzmowi i stósował rozmaite środki, jak kąpiele siarczane, nacierania i t. d., wszystko bez skutku. Cierpienie postępowało coraz to dalej, wreszcie przykurczenie było tak znaczne, że nie mówiąc już o ruchach więcej złożonych, nie mógł sam zdejmować ze siebie paltota już rozpiętego. Badałem go pierwszy raz razem z Prof. Dr. G l u z i ń s k i m, który był tak łaskaw i później co tydzień przekonywać się naocznie o postępach leczenia. Badanie wykazało: Mężczyzna dobrze zbudowany, o mięśniach jednak wiotkich, skóra mało elastyczna, podściółka tłuszczowa bardzo słabo rozwinięta, cera żółta. Okolice stawów barkowych znacznie zniekształcone, kości stawowe okazują nierówności, polegające na niejednostajnem ich zgrubieniu. Mięśnie w okolicy stawów zanikłe, za dotknięciem bolesne, wzdłuż mięśni ramiennych aż blisko do łokcia można wymacać twarde nacieki zapalne. Ruchy tak czynne, jak bierne ramieniem prawem o tyle mo-

żebne, że łokieć poruszał się w zakresie około 10 cm., w stawie barkowym lewym ruchy ledwo wykazalne, przykurczenie tak znaczne, że je prawie zesztywnieniem nazwać można. Wszelkie ruchy bardzo bolesne.

Powolne, ale ciągłe zwiększanie się choroby, wiek chorego, tudzież znaczne zniekształcenie kości stawowych wskazywały, że rozchodzi się tu o poważne cierpienie, mianowicie zapalenie zniekształcające (*arthritis deformans*) w obu stawach barkowych. Wobec tego nie rokowaliśmy sobie wiele z leczenia. Ponieważ jednak chory domagał się koniecznie jakiejś rady, postanowiliśmy spróbować mu dopomódz za pomocą leczenia w pierwszym przypadku tak pomyślnym skutkiem uwieńczonego. Tem większą była nasza radość, gdyśmy się przekonali, że i w tem tak uporczywem, zwykle mimo wszelkiego leczenia, postępującem cierpieniu, udało się uzyskać dobry skutek. Po trzechtygodniowem leczeniu ustąpiły bóle i nacieki z mięśni, ruchy w stawach się zaczęły powiększać, a po czterech miesiącach chory uzyskał ruchy tak znaczne, że może wykonywać wszelkie zwykłe czynności, bólów żadnych przytem nie doznaje i jest z stanu swego zupełnie zadowolony.

Nie udało się wprawdzie otrzymać ruchów zupełnie prawidłowych, jak w pierwszym przypadku, ale wobec tego, że przyczyną przykurczenia była choroba tak ciężka, trzeba i ten wynik nazwać korzystnym. Od ukończenia leczenia upłynęło dziesięć miesięcy i stan ten korzystny utrzymuje się ciągle, ani bóle nie powracają, ani ruchy uzyskane nie ulegają żadnemu zmniejszaniu się.

Jak więc widzimy, można za pomocą tego sposobu, którego wykonanie przy niejakiej wprawie nie jest trudnem, a który ma i tę wielką zaletę, że lekarz nie potrzebuje do niego niczego prócz swych własnych rąk, a chorego nie naraża na żadne niebezpieczeństwo, uzyskać wynik dobry nawet w przypadkach bardzo ciężkich nietylko pod względem objawów, ale także i przyczyny cierpienia.

Nie chcę i nie mogę twierdzić na podstawie szczupłej liczby dwóch przypadków, że każde przykurczenie stawu barkowego da się w ten sposób wyleczyć, ale jeden wniosek wydaje mi się słusznym, t. j., że w każdym przypadku powinniśmy ten sposób zastosować, a dopiero gdybyśmy za pomocą niego nie mogli osiągnąć skutku korzystnego, przejść do innych.

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

b) Przypadki w których podawano cukier w celu wzmocnienia słabych bólów w drugim okresie porodowym.

1) H. G., lat 24. Nr. prot. 227. Ciąża I miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma. Bóle bardzo słabe od początku porodu. Dnia 27. Kwietnia o godz. 3. po południu przy ujściu zupełnie rozwartem, główce w próżni miednicy, pękł pęcherz płodowy. Do godz. 7. wieczór główka nie zstąpiła niżej, podano zatem 100 grm. cukru, po kwadransie wystąpiły silne bóle i o godz. 8. wieczór urodziła córkę żywą, niedonoszoną. W dniu 28. Kwietnia wykazano w moczu cukier, 29. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie wykazano. W połogu powstało owrzodzenie przy wejściu do pochwy, zresztą połóg prawidłowy.

2) M. C., lat 37. Nr. prot. 286. Ciąża VII. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu cukru ani białka nie ma. Przyszła na oddział 2. Czerwca przed południem po pęknięciu pęcherza płodowego z główką w pochwie. O godz. 3. po południu małe przedgłowie, bóle słabe; o godz. $5^1/_2$ po południu przedgłowie dość duże, tętno płodu dobre, bóle słabe. Przed godz. 6-tą wieczór podano 100 grm. cukru, w kwadrans potem wystąpiły dość silne bóle i o godzinie $6^1/_2$ wieczór urodziła syna żywego. Badanie moczu dnia 2., jak również i 3. Czerwca białka ani cukru nie wykazało. Połóg prawidłowy.

3) M. M., lat 25. Nr. prot. 269. Ciąża I. miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Ścieśnienie miednicy. D. S. = 24. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18 cm. W moczu białka ślad, cukru nie ma. Pierwsze bóle 23. Czerwca rano. 24. Czerwca rano przy ujściu na talar pękł pęcherz, główka we wchodzie. O godzinie 7. wieczór główka ciągle we wchodzie, przedgłowie dość duże, tętno płodu dobre, bóle dość dobre, lecz rzadkie. O godz. 7. wieczór podano 50 grm. cukru, o godz. 8. jeszcze 50 grm. bóle silniejsze wystąpiły, o godz. 9. podano 50 grm. Badanie wówczas wykazało ujście zupełnie rozwarte, główka największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, o godzinie 10. znów 50 grm. cukru, główka zstąpiła do próżni; ponieważ bóle nieco osłabły, przeto około godz. $10^1/_2$ podano rodzącej jeszcze raz 50 grm. cukru. O godzinie 11. w nocy urodziła syna żywego, donoszonego. Dnia 25. Czerwca w moczu sporo cukru, 26. Czerwca cukru tylko ślad, białka nie ma, 27. Czerwca w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

4) M. C., lat 30. Nr. prot. 329. Ciąża IV. miesiąc księżycowy X. położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ślad mały, cukru nie ma. Pierwsze bóle 2. Lipca w nocy. Dnia 2. Lipca o godz. 8. wieczór główka w pochwie, bóle bardzo słabe, do godz. 10. w nocy poród nic nie postąpił. Przed godz. 11. w nocy dostała 100 grm. cukru a o godz. $11^1/_2$ podano jej 75 grm., wystąpiły bóle silniejsze i przed godz. 12. w nocy urodziła córkę żywą, ważącą 4200 grm. Dnia następnego w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

5) A. N., lat 25. Nr. prot. 366. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ślad, cukru nie wykazano. Pierwsze bóle 20. Lipca po południu. Przyszła z główką w pochwie 21. Lipca rano, przy bólu główka pokazuje się ze szpary sromowej, bóle słabe, przedgłowie nie wielkie, tętno płodu dobre. O godz. 5. rano podano 50 grm., za pół godziny jeszcze raz 50 grm. cukru, bóle silniejsze w 30 minut po podaniu pierwszej dawki, o godzinie 6. rano urodziła syna żywego, który ważył 4300 grm. Dnia 21. Lipca przed południem w moczu białka ślad, cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

6) A. K., lat 23. Nr. prot. 391. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Ścieśnienie miednicy D. S. = 23. D. C. = 26. D. T. = 30. *Conj. extr.* = $17^1/_2$ cm. W moczu białka ani cukru nie ma. Pierwsze bóle 3. Sierpnia w południe. Dnia 4. Sierpnia o godz. 6. rano pęcherz pękł przy ujściu prawie całkiem rozwartem, główce we wchodzie ustalonej. Do godz. 10. przed południem główka nie zstąpiła niżej, tworzy się przedgłowie, dlatego podano 50 grm. cukru, w kwadrans potem bóle wystąpiły silniejsze, o godz. $10^1/_2$ podano jeszcze 50 grm. a o godz. 11. jeszcze raz 50 grm. cukru. Bóle silne i wydatne wystąpiły i o godzinie $11^1/_2$ przed południem urodziła syna żywego. Dnia 4. Sierpnia w moczu spory ślad cukru, 5. Sierpnia białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

7) T. K., lat 20. Nr. prot. 433. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. W moczu ślad białka, cukru nie ma. Pierwsze bóle 31. Sierpnia wieczorem. 1. Września o godzinie 4. po południu pękł pęcherz przy ujściu zupełnie rozwartem, główce w próżni miednicy, bóle słabe i nie częste. O godz. 7. wieczór główka pokazuje się ze szpary sromowej przy bólu. Do godziny 9. wieczór stan ten sam, tylko wytworzyło się przedgłowie, dlatego podano 50 grm. a za pół godziny znów 50 grm. cukru, bóle wzmogły się i o godzinie 10. wieczór urodziła się córka żywa. W dniu 2. Września w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

8) M. H., lat 43. Nr. prot. 347. Ciąża XI., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka śladzik, cukru nie ma. Pierwsze bóle 5. Września rano. O godz. 3. po południu pękł pęcherz przy ujściu rozwartem prawie zupełnie, bóle słabe. O godzinie 7. wieczór główka w pochwie, bóle zupełnie prawie ustały, o godz. $9^1/_2$ wieczór stan ten sam, bólów nie ma, podano 100 grm. cukru a o godzinie 10. wieczór 50 grm., wystąpiły bóle silne i o godz. $10^1/_2$ wieczór urodziła córkę żywą. Dnia 6. Września rano w moczu cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

9) M. K., lat 21. Nr. prot. 348. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma. Pierwsze bóle 26. Września wieczór. 27. Września o godz. 2. po południu pękł pęcherz przy ujściu prawie zupełnie rozwartem, główce we wchodzie ustalonej. Do godz. 9. wieczór główka nie obniżyła się, tylko wytworzyło się przedgłowie, podano rodzącej 75 grm. cukru. O godzinie 10. wieczór podano 75 grm., wystąpiły bóle bardzo silne, poczem główka przeszła największym obwodem przez wchód i obniżyła się, o godz. 11. wieczór podano jeszcze raz 75 grm., wystąpiły silne bóle szybko po sobie następujące i o godz. 11. w nocy urodziła córkę żywą, której ciężar ciała wynosił 4000 grm. przeszło. W dniu 28. Września wykazano w moczu białka ślad i obecność cukru. 29. Września w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

10) F. K., lat 18. Nr. prot. 508. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., nie ukończony, położenie płodu czaszkowe I. Wychudnienie znaczne, ścieśnienie miednicy D. S. = 23. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18. Mocz prawidłowy. Pierwsze bóle 16. Października wieczór. 18. Października rano ujście zewnętrzne na srebrny reński, pęcherz stoi, główka we wchodzie miednicy. O godzinie 2. po południu pękł pęcherz. O godzinie 6. wieczór ujście prawie zupełnie rozwarte, główka szczytem w próżni, przedgłowie bardzo duże, bóle słabe i rzadkie; podano zatem 75 grm. cukru a o godz. $6^1/_2$ wieczór jeszcze raz 75 grm., zaraz wystąpiły silne bóle i o godz. 7. wieczór urodziła syna żywego. Dnia 19. Października badanie nie wykazuje cukru w moczu. Połóg prawidłowy.

11) F. T., lat 35. Nr. prot. 443. Ciąża II., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Pierwszy poród ciężki, ukończony za pomocą kleszczy, płód wydobyty miał być duży, lecz nie żywo urodzony. Wymiary miednicy: D. S. = 26. D. C. = 27. D. T. = 31. *Conj. extr.* = 19. W moczu białka ani cukru nie znaleziono. Pierwsze bóle 19. Października wieczorem. Dnia 20. Października rano badanie wykazało ujście rozwarte na talar, pęcherz pękł, główka nie ustalona nad wchodem. Bóle słabe i nie częste. O godzinie 12. w południe, przedgłowie dość wielkie, ujście prawie zupełnie rozwarte, główka wparta do wchodu, bóle słabe, podano zatem 75 grm. cukru, wystąpiły bóle silniejsze, o godzinie 1. w południe podano znów 75 grm. a o godz. 2. po południu jeszcze raz 75 grm. Po godz. 2. główka przeszła największym obwodem przez wchód i obniżyła się znacznie a o godz. $3^1/_2$ po południu urodziła się córka żywa, której ciężar ciała dochodził do 4000 grm., kości czaszki twarde, niepodatne. Bóle silne i wydatne utrzymywały się do końca porodu. Dnia 21. Października badanie moczu nie wykazało białka, cukru zaś tylko ślad. 22. Października w moczu białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

A zatem podawano cukier w celu wzmocnienia bólów porodowych w drugim okresie sześciu pierwiastkom a pięciu wieloródkom. Rozpoczynano doświadczenia przy ujściu zupełnie lub prawie zupełnie rozwartem, sześć razy przy ustawieniu główki niskiem (w pochwie), pięć razy zaś przy ustawieniu główki we wchodzie miednicy i objętej ścianami szyjki macicy (ustawienie wysokie). W przypadkach, gdzie główka płodu była ustawioną nisko, od rozpoczęcia doświadczenia do ukończenia porodu potrzeba było w jedym przypadku (2-gi) pół godziny, w czterech (przypadek 1-szy, 4-ty, 5-ty i 7-my) godzinę a w jednym przypadku (8-my) półtorej godziny, średnio zatem potrzeba było jednej godziny. Z tych sześciu przypadków w czterech (1-szy, 2-gi, 5-ty i 7-my) podano ogółem po 100 grm., w jednym (przypadek 8-my) podano 150 grm. a w jednym (4-ty) przypadku 175 grm. cukru.

W przypadkach, gdzie główka płodu była we wchodzie miednicy, potrzeba było od rozpoczęcia doświadczenia do ukończenia porodu w jednym (10-ty) przypadku przeszło godziny, w jednym (9-ty) dwóch i pół godziny, w jednym (3-ci) trzech a w jednym przypadku (11-ty) trzech i pół godziny, średnio zatem potrzeba było $2^1/_3$ godzin. W dwu przypadkach (6-ty i 10-ty) podano ogółem po 150 grm., w dwu (9-ty i 11-ty) po 225 grm. a w jednym (3-ci) 250 grm. cukru.

Z tych jedenastu przypadków tylko w jednym (przypadek 3-ci) wykazano cukier w moczu po porodzie przez dwa dni z rzędu, w czterech przypadkach (1-szy, 6-ty, 9-ty i 11-ty) wykazano cukier w moczu tylko w przeciągu pierwszych 24 godzin, w sześciu zaś wcale cukru w moczu nie znaleziono.

W powyż opisanych przypadkach wobec słabych bólów stosunkowo do przezwyciężyć się mającej przeszkody czekano dłuższy lub krótszy czas na pojawienie się silniejszych bólów a więc na samoistne mogące wystąpić wzmocnienie bólów i dopiero wtedy, gdy one nie zwiększały się, podawano cukier.

Jak z opisu wynika, silniejsze bóle występowały najczęściej w 15 do 30 minut po podaniu cukru, nieraz jednak potrzeba było, gdy pierwsza nie skutkowała, podać drugą dawkę dla wywołania większych bólów. Z porównania zaś wynika, że gdy średnio potrzeba było godziny i około 125 grm. cukru do ukończenia porodu przy ustawieniu główki niskiem, to przy ustawieniu główki wysokiem potrzeba było średnio $2^1/_3$ godzin czasu i podania około 200 grm. cukru. Jeżeli rodząca ma bóle parte, to potrzeba stosunkowo mniejszej ilości cukru do rychłego skutku a to z powodu, iż przy bólach partych znaczną rolę odgrywa siła tłoczni brzusznej polegająca na działaniu mięśni dowolnych. Ponieważ zaś cukier użyty wewnętrznie działa pobudzająco na mięśnie, przeto równocześnie ze zwiększeniem się skurczów macicy zwiększa się wydatnie i działanie tłoczni brzusznej.

Oprócz powyż opisanych próbowałem podawać cukier jeszcze w sześciu przypadkach słabych bólów porodowych u rodzących, jednak po zażyciu już małej dawki (50 do 100 grm.) dwie z nich dostały nudności i wymiotów, inne zaś nie chciały w żaden sposób zażyć drugiej dawki, twierdząc, iż mają nudności i słodyczy nie znoszą. Działania wzmacniającego bóle w tych przypadkach nie było żadnego. Sądzę jednak, iż przypadków tych nie można uważać za

takie, w których cukier nie działał i okazał się bezskutecznym a to z powodu, iż w dwu z nich prawie cała dawka cukru została zaraz wydalona z ustroju (wymioty), w dalszych zaś czterech dawka podana mogła być dla tych osób za słaba do wywołania pożądanego skutku.

Tu chciałbym na ważną, mojem zdaniem, okoliczność zwrócić uwagę, oto że robiac te doświadczenia, przekonałem się, iż u osób, które znoszą dobrze większe dawki cukru, które twierdzą, że im podane lekarstwo smakuje, taka sama dawka cukru działa silniej i prędzej aniżeli u osób, które się wypraszają od większych ilości cukru, pytanie jednak dlaczego? To pewna, że gdy rodząca niechętnie zażywa cukier, to naprzód można powiedzieć, iż w tym przypadku potrzeba będzie dużej dawki do wzmocnienia bólów, znacznie większej, aniżeli u drugiej, której cukier smakuje.

W celu wzmocnienia skurczów macicy w trzecim okresie porodowym cukru nie podawano a to z powodu niewypróbowanego i słabego działania a wreszcie, iż w trzecim okresie przy atonii macicy nie ma czasu na doświadczenia, zwłaszcza wobec obfitego krwawienia. Jeżeli jednak zważymy, iż u osób rodzących z bólami słabymi bardzo często występuje w trzecim okresie niedowład mięśnia macicy a w przytoczonych opisach 25-ciu przypadków nie znajdujemy nigdzie nawet wzmianki o atonii macicy w trzecim okresie, to przypuścić musimy, iż działanie cukru wzmacniające skurcze macicy rozciąga się także i na trzeci okres porodowy; trudno bowiem przypuścić, aby na 25 przypadków gnuśnej macicy wśród porodu, nie wystąpiła kilka przynajmniej razy wybitniej atonia macicy w trzecim okresie lub też po ukończeniu porodu, objawiająca się n. p. silniejszym krwotokiem. Jeżeli zaś to nasze przypuszczenie byłoby usprawiedliwione, w takim razie korzystnem byłoby podawanie niewielkich dawek cukru przy końcu porodu u osób, u których obawiamy się niedowładu macicy, gdyż w każdym razie podanie cukru w niewielkiej ilości ani matce ani dziecku zaszkodzić nie może a w pewnych przypadkach mogłoby zapobiedz wystąpieniu atonii macicy.

Bóle po podaniu cukru silniej występujące nie tracą w niczem swojego charakteru, są zupełnie takie same, jak prawidłowe silne bóle porodowe, nawet po podaniu większych dawek nie są wcale kurczowe, lecz zwiększając się powoli dosięgają pewnej granicy i znów powoli słabną w pewnych odstępach czasu rytmicznie. Ta własność cukru nie zmieniania typu bólów porodowych, lecz tylko ich wzmacniania, nadaje mu wyższość nad wszystkimi dotychczas używanymi środkami, pewność zaś, że nawet dość znaczne ilości cukru nie są szkodliwe ani dla matki ani dla płodu, pozwala na stosowanie go bez obawy u osób zupełnie zdrowych.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału ocznego prymaryusza Dra Macheka we Lwowie.

O operacyjnem leczeniu jaglicy *(trachoma)*.

Skreślił

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego w szpitalu powsz. we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Po raz pierwszy widziałem i sam zacząłem stosować tę metodę w klinice prof. F u c h s a. Postępowanie jest bardzo proste, łatwe i nie wymaga żadnej szczególnej zręczności ani ćwiczenia, co uważam za szczególniejszą zaletę tej metody, gdyż łatwo stać się ona może, jak na to zasługuje w zupełności, wspólną własnością wszystkich praktykujących lekarzy i niespecyalistów, co w naszych, zwłaszcza wschodnio-galicyjskich stosunkach, jest rzeczą wielkiej wagi. Stosując ją, należy atoli pilną zwrócić uwagę szczególnie na dwie okoliczności — po pierwsze, aby pocierając, dotrzeć do wszystkich zaułków worka spojówkowego, co nawet bez wszelkich narzędzi, trzymając wacik palcami, łatwo osięgnąć a powtóre, umieć zastosować siłę, z jaką pocieramy, i tęgość rozczynu do danego przypadku. W pierwszym tygodniu wycierań, które z początku stosujemy codziennie, zabarwia się wacik różowo krwią, z przedartych powierzchownych naczyń pochodzącą i to do pewnego stopnia jest pożądanem, a stanowi zarazem wskazówkę, że silniej pocierać nie wolno. Jeśli przekroczymy tę granicę, ujrzymy nazajutrz całą powierzchnię spojówki, a zwłaszcza te miejsca, gdzie ucisk silniej zadziałał, pokryte szarą błonką, po której odciągnięciu występuje lekkie krwawienie, a czasem powieki obrzmiałe i mniej lub więcej wybitne zadrażnienie oka. W tym przypadku należy kilka dni przeczekać i ograniczyć się tylko do przemywania spojówki kilka razy na dzień lekkim rozczynem sublimatu i do zimnych okładów, jeśli one choremu są przyjemne. Po ustąpieniu błonki, rozpoczynamy znowu wycieranie, lecz, nauczeni poprzedniem doświadczeniem, wykonywamy je z początku oględniej, zwiększając dopiero z dnia na dzień siłę, z jaką pocieramy. Co się tyczy tęgości rozczynu sublimatu, także musimy ściśle stosować się do danego przypadku. Zazwyczaj rozpoczynamy od rozczynu 1:5000. Jeśli chory dobrze to znosi, możemy bez obawy przejść do 1:1000. Skoro jednak dostrzeżemy, że po wytarciu sublimatem 1:5000, oko na drugi dzień jest podrażnione, przechodzimy do lżejszych rozczynów n. p. 1:10.000, lub nawet do wody destylowanej a niejednokrotnie przekonamy się, że to nie tylko wystarczy, lecz nawet sprawę stopniowo i dość szybko poprawi. Nie zawadzi wtrącić tu uwagę, że chcąc się przekonać, czy i o ile sublimat, jako taki, wpływa na leczenie, pocierałem, w przypadku obustronnej jaglicy mniej więcej równego stopnia, jedno oko sublimatem 1:1000, drugie przekroploną wodą i dostrzegałem na obu oczach poprawę, nie równym jednak krokiem postępującą. Przodowało zawsze oko wycierane sublimatem. To spostrzeżenie zrobił M a r c e l F a l t a, twierdzi jednak, że o ile powolniejszem jest leczenie wodą, o tyle za to trwalszem. Ja tego nie dostrzegłem. Ztąd wniosek, że czynnikiem głównie działającym jest *massage,* pocieranie, sublimat zaś środkiem pomocniczym, potęgującym i przyspieszającym działanie pierwszego. Zdarzają się jednak przypadki, choć bardzo rzadko, że chorzy zupełnie wycierania nie znoszą, nawet wodą destylowaną. Po każdem posiedzeniu wytwarza się tak znaczne zadrażnienie, łzawienie, światłowstręt, obrzmienie powiek, że samo z siebie wynika zaniechanie wycierań. Na blisko 1.200 chorych, tym sposobem leczonych, spostrzegałem to w 6 przypadkach; z tych w trzech, przyczyną tych objawów było wystąpienie drobnych nacieków w rogówce. Czasem u osób zupełnie dobrze znoszących wycierania sublimatem, występuje przy dłuższem ich stosowaniu zaostrzenie się sprawy nieżytowej, zwiększenie wydzieliny, rozpulchnienie błony śluzowej i t. p. bez żadnych powikłań rogówkowych. Wówczas

należy te objawy usunąć zapomocą azotanu srebrowego, następnie przystąpić do dalszych wycierań. Aby tego uniknąć, najlepiej jest po 4—6 po sobie następujących wycieraniach, 1—2 razy zakroplić azotan srebrowy, nie czekając na objawy wzmagania się nieżytu. Z drugiej znów strony przytoczyć należy, że w przypadkach, gdzie chorzy bezwarunkowo nie znoszą, ani azotanu srebrowego, ani siarkanu miedziowego, pocieranie wacikiem sublimatowym znakomite oddaje usługi, a chorzy natarczywie się o nie dopominają. Z wielu, przytoczę tylko jeden przypadek jaglicy w okresie zbliznowacenia, gdzie ani jednego ziarna wykryć nie było można, a cała powierzchnia spojówki, ze skróconym załamkiem była gładką i lśniącą. W powierzchownych warstwach rogówki, punkcikowate, rozsiane nacieki. Źrenica wąska, na atropinę bardzo mało wrażliwa. Tęczówka przekrwiona. Wydzielina bardzo skąpa, natomiast obfite łzawienie i światłowstręt. Kiedy leczenie atropiną, kokainą, słabym roztworem sublimatu (1:10.000) i kw. borowego, żadnego w ciągu dwu tygodni nie odnosiło skutku, a azotan srebrowy sprowadzał pogorszenie, zastosowałem wycieranie sublimatem 1:5.000 — i w ciągu tygodnia nastąpiła znaczna poprawa, do trzech tygodni zupełne wyleczenie.

Korzyść tego sposobu postępowania, które lud nasz ochrzcił mianem „w y c i r k a“, po rusku „w y t y r k a“, są następujące: 1) Łatwość zastosowania. 2) Ból trwa tylko podczas wycierania. Po kilkuminutowym odpoczynku, chorzy bez dolegliwości odchodzą do domu i mogą pracować. Do pieczenia wywołanego sublimatem, chorzy łatwo przywykają. 3) Możność stopniowania działania. 4) Niewątpliwe i znaczne skrócenie czasu leczenia. 5) Nader korzystny wpływ na powikłania ze strony rogówki. 6) Blizny po wyleczeniu pozostałe są drobne, cienkie, miękkie i podatne, a ztąd nie wpływają niekorzystnie na ustawienie powiek.

Aby zrozumieć to korzystne działanie wycierań, należy zważyć, że poprzedziło je wyciśnięcie powierzchownych ziarn jagliczych, a powtóre, że działają one w trzech głównie względach: naprzód, mechanicznie usuwają pozostałe ewentualnie po wyciśnięciu ziarna lub resztki ich powierzchownie leżące, dalej, przez ucisk i masowanie zmuszają głębsze nacieki w spojówce i chrząstce umieszczone do wessania, a wreszcie działają zabójczo na mikroorganizmy chorobotwórcze, które acz z niewzruszoną pewnością dotychczas nie wykazane (M i c h e l, S a t t l e r, N o i s z e w s k i ii.), bądź co bądź istnieć muszą. Ten ostatni wzgląd odpada naturalnie przy pocieraniu wacikiem napojonym przekroploną wodą i w tem prawdopodobnie należy szukać przyczyny jego powolniejszego działania.

Wycierań sublimatowych można używać, we wszystkich okresach i formach jaglicy, z wyjątkiem j a g l i c y o s t r e j, w której także wszelkie zabiegi operacyjne uważamy za przeciwskazane. W tych przypadkach znakomite oddaje usługi *lapis* energicznie stosowany, częste obmywanie i zapuszczanie lekkich roztworów sublimatu i zimne okłady; dopiero zaś po ustąpieniu wydzieliny i wogóle przypadów ostrych, z bardzo dobrym skutkiem przejść możemy do wycierań.

W niektórych przypadkach przewlekłej jaglicy uda nam się, postępując według wyżej opisanych zasad, osięgnąć zupełne wyleczenie. W innych utrzymujący się jeszcze przerost spojówki wymagać będzie dalszego leczenia. Teraz wchodzi w swoje prawa stare *cuprum sulfuricum*, którem L e k k o tylko codziennie pocieramy spojówkę, albo też mięszanina W i c h e r k i e w i c z a, kw. boro-taninowy, który zazwyczaj kończy leczenie. Najstosowniej używać go w połączeniu z mięsieniem spojówki, co bardzo korzystnie wpływa na jej ścieńczenie. W tym celu zasypujemy pędzelkiem lub rozpylaczem dość grubą warstwę proszku na odwrócone i oczyszczone poprzednio powieki; palec duży lewej ręki układamy na brzeg odwróconej powieki górnej, prawym zaś utrzymujemy powiekę dolną, którą, jako więcej ruchomą, pocieramy, przy użyciu miernego ucisku, powiekę górną i to we wszystkich kierunkach, podchodząc raz głęboko w górny załamek, to znów na spojówkę chrząstkową. W ten sposób możemy wszystkie kąciki i zaułki worka spojówkowego wymasować dokładnie. Sądzę, że postępując w ten sposób, możemy zupełnie dobrze obejść się bez przyrządu, który zbudował i którego używa do masowania spojówki O t t a v a[25]. Jest to płytka, sporządzona ze złego przewodnika ciepła, przypominająca kształtem płytkę Jaegerowską. Szerokość jej na jednym końcu wynosi 12 mm., na drugim 9 mm. Powierzchnia wypukła szerszego końca, jest podłużnie karbowana. Postępowanie O t t a v y polega na masowaniu zapomocą tego przyrządu spojówek w całej ich rozciągłości, co wykonywa bez poprzedniego wygniecenia ziarn, (które jednak przy masowaniu ulegają zmiażdżeniu) i na pomazywaniu spojówki azotanem srebrowym, sublimatem lub siarkanem miedziowym. O t t a v a chwali sobie bardzo wyniki tym sposobem osięgnięte a korzyści z niego widzi w tem, że obok łatwości wykonania, jest to zabieg najwięcej ze wszystkich zachowawczy, że wpływa nietylko na powierzchowne, ale i głębsze nacieki i zmusza je do wessania, a wreszcie, że blizny pozostałe są bardzo miękkie i podatne, tak, że u chorych tą metodą leczonych, nigdy się nie wytwarza podwinięcie powiek. Zasada postępowania O t t a v y jest w istocie rzeczy ta sama, co i nasza, forma tylko odmienna i wierzę, że tym sposobem (choć sam nigdy go nie stosowałem) można osięgnąć również dobre wyniki.

Chcąc dać wierny obraz przedmiotu tutaj nas zajmującego, nie wypada pominąć milczeniem usiłowań D r a u s a r t a leczenia rozmaitych form jaglicy zapomocą podspojówkowych wstrzykiwań sublimatu 1:1000. Pomijając ogromną bolesność przy zastrzykiwaniu, sprawiają one „straszliwą“ (jak sam Drausart przyznaje) chemozę i obrzmienie powiek, zawsze jednak, zdaniem jego, sprowadzają korzystny wynik. Po każdem zastrzyknięciu szczotkuje D r a u s a r t energicznie spojówkę. Mniema on, że w ciągu 5-ciu tygodni można tym sposobem osiągnąć zupełne wyleczenie. Przeczą temu atoli na szeroką skalę przeprowadzone jeszcze w r. 1886. doświadczenia W a g i e w s k i e g o (a więc 4 lata przedtem), który, jak to przytacza S r o c z y ń s k i, przekonał się, że ta metoda utrzymać się nie da: 1) „z powodu silnych bólów i gwałtownej reakcyi; 2) nieświetnych wyników w *trachoma granulosum*, a braku wszelkiego wpływu na *trachoma papillare;* 3) z powodu głębokich blizn, jakie w $^{1}/_{4}$ części przypadków powstawały w spojówce w następstwie tego leczenia“. Podania te brzmiały tak zniechęcająco, że sam nigdy nie mogłem pokusić się o własne doświadczenie pod tym względem.

[25]) Centralbl. f. Ah. 1893.

Wspomnieć jeszcze należy o operacyi, zalecanej przez Noiszewskiego[26]), polegającej na wycięciu jagliczo zwyrodniałej spojówki i zastąpieniu jej płatkiem błony śluzowej z ust wyciętej. Wskazanie do tej operacyi stanowi tak przez Noiszewskiego nazwane *trachoma induratum condylomatosum*, gdzie inne sposoby nie prowadzą do celu. Korzystny wpływ tego rękoczynu najwybitniej występuje w przypadkach, gdzie równocześnie jest gruba łuszczka. Własnego zdania o tej operacyi wypowiedzieć nie mogę, gdyż nigdy jej sam nie wykonywałem.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o operacyjnem leczeniu łuszczki. W przypadkach lżejszych ustępuje ona, jak powszechnie wiadomo, bardzo łatwo i bez dalszego leczenia, równocześnie z poprawą sprawy spojówkowej. Do osobnego leczenia mogą więc dać powód tylko te nader rzadkie przypadki grubej łuszczki (*pannus crassus*), gdzie ona utrzymuje się uporczywie po operacyjnem usunięciu produktów jagliczych ze spojówki. Zachwalane dawniej szczepienie ropy wiewiórowej (tryprowej) lub zakraplanie nastoju *jequirity* i dziś jeszcze przez francuskich okulistów zalecane, jeżeli nie wywoła zropienia rogówki (co się przydarza niezbyt często), może przyczynić się do jej wyjaśnienia. Sposób o ile niezbyt pewny, o tyle za to niebezpieczny.

Za przykładem Arabów (p. wyżej) starano się zapomocą t. zw. *peritomii*, t. j. okrojenia (nożyczkami) spojówki naokoło rogówki, na większym lub mniejszym obszarze, zapobiedz, przez odcięcie odżywienia, dalszemu szerzeniu się łuszczki. Z chwilą zastosowania galwanokaustyki do leczenia jaglicy, starano się ten sam cel osięgnąć przez przypalenie rąbka spojówkowego (Fröhlich, Hirschberg). Nie da się zaprzeczyć, że sposób ten w niektórych przypadkach nie jest bez wpływu korzystnego, w wielu jednak innych jest zupełnie bezskutecznym, a nawet czasem (o czem przekonałem się na 2-ch przypadkach w klinice wiedeńskiej) wprost szkodliwym. Darier radzi, podobnie jak na spojówce jaglicą dotkniętej, wyszczotkować grubą łuszczkę i zachwala wyniki tego postępowania.

Zachęcony krótką wzmianką w ostatniem sprawozdaniu klinicznem prof. Wicherkiewicza o pomyślnym wpływie wyłyżeczkowania łuszczki, zastosowałem ten sposób w trzech nadających się do tego przypadkach *pannus crassus* i na podstawie własnego doświadczenia mogę go zalecić gorąco. Wykonywa się ten zabieg w sposób następujący. Po dokładnem znieczuleniu kokainą i oczyszczeniu worka spojówkowego i rogówki ze śluzu i wydzieliny, założeniu rozwórki i ustaleniu oka, zeskrobuje się ostrą łyżeczką łuszczkę w całej jej rozciągłości, z użyciem atoli małego ucisku, aby nie posunąć się za głęboko i nie naruszyć samego utkania rogówki. Należy zachować w tym celu także tę ostrożność, aby w ciągu operacyi dobrze wyciśniętym wacikiem dokładnie oczyszczać pole operacyjne z krwi obficie je zalewającej. Po operacyi i dokładnem spłukaniu sublimatem 1 : 5000 zasypujemy jodoform i zakładamy opaskę. W 24 godzin po tym zabiegu pokrywa całą rogówkę dość gruba szarawa błona, która atoli po kilku dniach pod opaską, jodoformem i zmywaniami dokładnie sąma się oddziela, pozostawiając rogówkę nadspodziewanie przeźroczystą, ze śladem obłoczkowatego tu i owdzie zaćmienia. Postępowanie to zalecają również Gruening, który w 11-tu przypadkach osięgnął dobry i trwały wynik i Sattler na podstawie jednego szczęśliwie operowanego przypadku.

Zebrawszy krótko to, co wyżej obszernie przedstawiliśmy, postępowanie nasze w leczeniu jaglicy przewlekłej jest następujące:

1) Wygniecenie ziarn i nacieków, wogóle wszystkiego, co w ten sposób da się usunąć.

2) Po uspokojeniu oka wycieranie spojówki wacikiem sublimatowym, naprzemian z zakraplaniem 2% roztworu azotanu srebrowego.

3) Usunięcie przerostu spojówki (*cupr. sulf.*) i ewentualnie rozmiękczenie blizn zapomocą masowania, kw. boro-taninowego i t. p.

4) Galwanokaustyki używamy tylko jako środka pomocniczego (w przypadkach jak wyżej).

5) W razie znaczniejszej stulejki, ucisku powiek na gałkę lub spastycznego podwinięcia dolnej powieki, wszelkie dalsze leczenie poprzedzić winno rozszerzenie szpary powiekowej (*canthotomia*).

6) Wycięcie załamka wraz z paskiem chrząstki uważamy za usprawiedliwione tylko w nielicznych przypadkach jagliczej marskości spojówki, gdzie spojówkę stanowi gruba i stwardniała tkanka łączna o powierzchni zasianej brodawkowatemi wybujałościami, albo w przypadkach skrobiowatego zwyrodnienia spojówki.

7) Wyłyżeczkowanie grubej łuszczki, w przypadkach uporczywego jej utrzymywania się, mimo widocznego postępu w leczeniu jaglicy spojówki.

Oto postępowanie, które w leczeniu jaglicy przewlekłej we wszystkich przypadkach dotychczas nam wystarczało i zadowalniające dawało wyniki.

Z powyższego zestawienia, które staraliśmy się usilnie uczynić przedmiotowem, widzimy, że aczkolwiek operacyjne traktowanie jaglicy istotny i wielki stanowi postęp w jej leczeniu, w bardzo nielicznych tylko przypadkach wystarczy samo, bez pomocy środków farmaceutycznych, do zupełnego usunięcia cierpienia. Zawsze jednak trzymanie się zasady, że leczy się nie chorobę lecz chorego, ochroni nas od szablonu a wskaże właściwy sposób postępowania w danym przypadku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

U żadnego z autorów, którzy wykonywali w tej mierze doświadczenia, nie znajdujemy wyników szczegółowego badania mikroskopowego ściany zaciśniętych pętli. W badaniach tego rodzaju należałoby badać jak największą ilość skrawków, zwłaszcza z tych miejsc, w których zmiany patologiczne są najdalej posunięte; dopiero wówczas miałoby się pewne szanse bezpośredniego wykazania stosunków, wystarczających do przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita, a więc rozwiązania kwestyi, jaką rolę odgrywa tu sam zastój żylny. Przytoczono wyraźnie, że miałoby się tylko pewne szanse rozwiązania tej kwestyi, a to dla tego, że poważną rolę, być może odgrywają tu właśnie takie zmiany, jakich za pomocą

[26]) Gazeta lekarska 1889. Nr. 40. i Centralbl. f. Ah. 1890.

badania mikroskopowego nie jesteśmy w stanie wykryć. Wobec tego, że zastój żylny w ścianie jelita prowadzi do zmian nekrotycznych, że zmiany te występują ogniskowo w miejscach, znajdujących się w najgorszych stosunkach, może tu być dla przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita decydującą właśnie ta chwila, w której pewne grupy komórek już obumarły i stanowią niejako wolną drogę dla bakteryj, zmiany zaś mikroskopowe w tych komórkach nie są jeszcze tak daleko posunięte, byśmy ich stan rozpoznać mogli. Sądzę, że przy badaniu bakteryologicznem szczegółowem zaciśniętych pętli jelitowych, którego prawie że nie posiadamy, należałoby koniecznie uwzględnić powyższe przypuszczenie oraz rolę, jaką w tej sprawie odgrywają komórki wędrujące.

Na zasadzie materyału, zebranego dotychczas drogą doświadczalną, musimy dojść do przekonania, że sam zastój żylny, zwłaszcza zaś zastój krótkotrwały zwykle nie wywołuje przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita; mogą one przechodzić dopiero przy silniejszym zastoju żylnym lub też jeśli zmiana ta trwa przez czas dłuższy. Wówczas zaś mamy do czynienia w większości przypadków prawdopodobnie nietylko z zastojem żylnym, lecz już z poważniejszemi zmianami degeneracyjnemi pewnych grup komórkowych. Przekonanie to do pewnego stopnia potwierdza się przez tę okoliczność, że przy strangulacyi pętli jelitowych z początku przesięk surowiczy bakteryj nie zawiera i że dopiero później one się tam zjawiają: sam zastój żylny już w początkowem stadyum wystarcza do wytworzenia przesięku, nie wystarcza jednak do przechodzenia bakteryj przez ścianę kiszki do jamy brzusznej.

Co się zaś tyczy aseptyczności mętnych płynów przepuklinowych, wyraźnie kałem cuchnących, to nie możemy sobie wytłómaczyć tej obserwacyi niektórych autorów inaczej, jak tylko w ten sposób, że albo bakterye w płynach tych już były wyginęły, albo też były tam gatunki, nie dające się wyhodować dotychczasowemi metodami, albo też zaszedł błąd w samem badaniu.

Czy sama koprostaza jako taka odgrywa jaką rolę w przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita, wydaje mi się na zasadzie pracy Krafta[102]) rzeczą wątpliwą, chyba że koprostaza jest tak znaczną, że sprowadza poważne zmiany w ścianie jelita.

Że całość a względnie uszkodzenie błony surowiczej jelita jest przy przechodzeniu bakteryj przez jelito czynnikiem nadzwyczaj ważnym, wynika nie tylko z obserwacyj wielu autorów oraz potwierdzenia, jakie one znajdują w innych spostrzeżeniach, tyczących się błony otrzewnej (Grawitz[103]) i inni), ale także jest zupełnie zgodnem z naszemi wiadomościami o ogólnem zachowywaniu się bakteryj w ustroju.

Jeszcze w r. 1873 wykazał Chauveau, że po wstrzyknięciu do żyły królika małej ilości bakteryj septycznych w organach zdrowych zwierzęcia nie występują żadne zmiany patologiczne; w organach zaś odciętych od krążenia występuje zgorzel. W r. 1884 wykazali Arloing i Chauveau, że bakterye septyczne rowijają się szybciej i sprowadzają znaczniejsze zmiany w tkankach obumarłych, aniżeli w tkankach żyjących.

Wreszcie Arloing[104]) przeprowadził w tej sprawie doświadczenia porównawcze na jądrach tryka, z których jedno zostało odciętem od ogólnego krążenia. Do obydwu jąder wstrzykiwał ten autor taką samą ilość hodowli lasecznika, który nazwał *bacillus heminecrophilus*. W jądrze prawidłowem występował tylko przemijający obrzęk, jądro zaś, odcięte od krążenia znacznie się powiększało, występowały objawy ogólne a nawet śmierć zwierzęcia.

[102]) Kraft: l. c.
[103]) Grawitz: l. c.
[104]) Arloing: Contribution à l'etude de la resistance de l'organisme aut microbes pathogènes, notamment des rapports de la necrobiose avec les effets de certains microbes. Camptes rendus T. CVII. 1888. p. 1167.

Z prac tych wynika, że tkanki prawidłowe zachowują się wobec drobnoustrojów, które się do nich dostały, zupełnie inaczej, aniżeli tkanki patologiczne, tem bardziej zaś tkanki obumarłe. Czy to przez fagocytozę, czy też przez fizyologiczne oddziaływanie komórki na same drobnoustroje lub ich produkty, chorobotwórcze działanie ich może być zniesione a co najmniej osłabione. Tkanki zaś obumarłe nie przedstawiają dla bakteryj nic innego, jak tylko lepszą lub gorszą pożywkę, w której się bez przeszkody rozwijać mogą.

Ponieważ przechodzenia bakteryj przez ścianę jelita nie możemy sobie wyobrażać jako akcyi czynnej drobnoustrojów ale jako ich stan bierny, polegający z jednej strony na resorpcyi, z drugiej zaś na rozroście tych tworów w danem środowisku, jest zrozumiałem, że stan śródbłonka otrzewnowego musi tu odgrywać poważną rolę — zupełnie tak samo jak stan innych komórek ściany jelita, zależny przedewszystkiem od ich odżywienia.

O przechodzeniu pośmiertnem bakteryj jelitowych do jamy brzusznej posiadamy w literaturze następujące dane: A. Fraenkel[105]) badał u trupów pod względem bakteryologicznym jamę brzuszną i znalazł, że u trupów świeżych, nie okazujących wyraźnych oznak gnicia, jama otrzewna bakteryj nie zawiera, nawet w przypadkach puchliny brzusznej. W trupach zaś gnijących znajdywał on w jamie brzusznej bakterye; nie było to jednak *bacterium coli commune*, lecz inny gatunek, rozpuszczający żelatynę. Według Krafta[106]) bakterye przechodzą z jelita do jamy otrzewny w 10—11 godzin po śmierci. Lesage i Macaigne[107]) twierdzą, że podczas lata *bacterium coli commune* przechodzi w trupach przez prawidłową ścianę jelita; podczas zimy zaś nie przechodzi lub przechodzi dopiero po upływie dłuższego czasu po śmierci. Malvoz[108]) znów utrzymuje, że *bacterium coli commune* przechodzi do jamy brzusznej za życia jedynie w przypadkach zapalenia otrzewny, wywołanego przez sprawy jelitowe. W przypadkach bowiem połogowego zapalenia otrzewny nie znajdywał on tego gatunku bakteryjnego w wysięku brzusznym, ale były tam inne drobnoustroje. Według Bumma[109]) zaś już w 3 godziny po śmierci znaleść można bakterye jelitowe w jamie brzusznej. Chantemesse, Vidal i Legru[110]) w przypadku *cholera nostras* już w 6 godzin po śmierci znaleźli w jamie otrzewny *bacterium coli commune*. Walthard[111]) sądzi, że bakterye przechodzą z jelit do brzucha w kilka godzin po śmierci. Pawlowsky[112]) wykazał drogą doświadczalną, że u psów, u których wywołano zapalenie otrzewny środkami chemicznemi, bakteryj w jamie brzusznej nie było, gdy sekcyi zwierzęcia dokonano w 1—2 godzin po śmierci. Gdy sekcyonowano zwierzęta po upływie dłuższego czasu po śmierci, znajdywano w ich jamie brzusznej bakterye kałowe. To samo znalazł Barbacci[113]) u psów, u których sztucznie wywoływał zapalenie otrzewny: gdy sekcyą zrobiono zaraz po śmierci, w wysięku brzusznym nie można było wykazać *bacterium coli commune*.

Jakkolwiek wiadomości nasze o stosunkach, w jakich po śmierci bakterye ze światła kiszki przechodzą do jamy

[105]) A. Fraenkel: l. c.
[106]) Kraft: l. c.
[107]) Lesage et Macaigne: Contribution à l'etude de la virulence du bacterium coli commune. Arch. de med. exper. et d'anat. pathol. T. IV. Nr. 3. 1892. p. 350.
[108]) Malvoz: Le bacterium coli comme agent habituel des peritonites d'origine intestinale. Arch. de med. experim. et d'anat. pathol. 1891. Nr. 5. p. 593.
[109]) Bumm: Zur Aetiologie der septischen Peritonitis. Münch. med. Woch. 1890. Nr. 19. p. 185. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. VIII. 1890. Nr. 17. p. 535.
[110]) Chantemesse, Vidal et Legru: Communication sur les infections par le coli bacille. Soc. méd. des hôpitaux. Seance du 11. XII. 1891. Le progrès med. 1891. Nr. 51. p. 183.
[111]) Walthard: l. c.
[112]) Pawlowsky: l. c.
[113]) Barbacci: Sulla etiologia e patogenesi della peritonite da perforazione. Studio anatomico e sperimentale. Lo Sperimentale 1893. Zesz. IV. p. 234. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. XIV. Nr. 19. p. 639.

brzusznej, jakoteż o czasie, w którym to następuje, nie są zbyt rozległe, możemy na zasadzie powyżej streszczonych prac przynajmniej przedstawić sobie najważniejsze czynniki, jakie tu w grę wchodzą.

Przedewszystkiem sama chwila śmierci musi tu odgrywać zasadniczą rolę; tkanki, które za życia względem inwazyi bakteryj zachowywały się odpornie, muszą z chwilą śmierci odporność tę utracić. To też Wurz[114]) uważa za prawdopodobne, że z chwilą śmierci *bacterium coli commune* rozmnażając się nieustannie poczyna dostawać się do rozmaitych narządów organizmu. Lesage i Macaigne[115]) sądzą, że dzieje się to nawet jeszcze za życia w ciągu ostatnich godzin. Przypadek Sevestra i Gastona[116]) (jeśli nie zaszedł tu błąd w badaniu lub zanieczyszczenie) przemawia bardzo wymownie za ważnością chwili śmierci dla dostawania się bakteryj kałowych do różnych narządów; w przypadku *meningitis* oraz *arthritis purulenta* wykonano punkcyę stawu na godzinę przed śmiercią. W otrzymanej w ten sposób ropie nie wykazano *bacterium coli commune*, w ropie zaś, otrzymanej przez punkcyę, wykonaną w godzinę po śmierci, znaleziono tę bakteryę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[114]) Wurz: l. c.
[115]) Lesage et Macaigne: l. c.
[116]) Sevestre et Gaston: Soc. med des hopitaux. Decembre 1891.

Okulistyka.

Schulte: O wynikach leczniczych wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu.

S. stosował w klinice okulist. w Sztrasburgu w 24 przypadkach różnych cierpień oka wstrzykiwania sublimatu z bardzo dobrym skutkiem. Używał w tym celu czystego rozczynu sublimatu 1 na 1000 bez dodatku soli kuchennej. Wstrzykiwał tylko ilości małe, bo jedną a najwyżej $1^1/_2$ przedziałki strzykawki Pravaza, powyższego rozczynu, jak najdalej od rąbka spojówki a nie robił nigdy więcej jak pięć wstrzykiwań do jednego oka. Między jednem a drugiem wstrzyknięciem były przerwy co najmniej czterodniowe. obok tego środka nie stosował żadnego innego leczenia. W zapaleniu naczyniówki urazowem, świeżem, ze złożeniem wypociny w plamie żółtej (*chorioiditis centralis*) osięgnął znakomitą poprawę za pomocą tych wstrzykiwań. Chory bowiem, który przed rozpoczęciem leczenia rozpoznawał palce zaledwie na 0·75 metra, miał po skończonych wstrzykiwaniach $V = {}^6/_{10}$. Podobnie korzystne wyniki miał S. w dwóch przypadkach zapalenia naczyniówki świeżego ale nie urazowego także ze złożeniem wypociny w plamce żółtej. W czwartym przypadku, gdzie takież same cierpienie towarzyszyło krótkowidzeniu wysokiego stopnia sublimat okazał się bez skutku.

W dwóch przypadkach świeżego, rozsianego zapalenia naczyniówki (*chorioiditis disseminata*) sublimat okazał się nader skuteczny, zaś w trzecim przypadku oraz w przypadku zastarzałym tegoż samego cierpienia lek ten zawiódł. Zapalenie rozsiane naczyniówki towarzyszące krótkowidzeniu wysokiego stopnia, także nie okazało żadnej poprawy. Czy sublimat jest w stanie powstrzymać nawroty powyższego cierpienia, autor nie ośmieli się rozstrzygać, gdyż czas obserwacyi był jeszcze za krótki.

W dwóch przypadkach zaćmień w ciałku szklanem osięgnał S. za pomocą sublimatu znaczne wyjaśnienie się ciałka szklanego. W czterech innych przypadkach zaćmień ciałka szklanego, między niemi w jednym przypadku wikłającym krótkowidzenie, sublimat okazał się bezsilny; w ogóle bezskutecznym jest ten środek w zapaleniu naczyniówki lub zaćmieniach ciałka szklanego w oczach krótkowidzących. Tak samo bezskutecznym okazał się sublimat w zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowem (*neuritis retrobulbaris*). W zapaleniu nerwu wzrokowego śródocznem zastosowanie sublimatu sprowadziło dwakroć znaczną poprawę. Tak samo znakomity skutek stwierdził S. w zapaleniu siatkówki kiłowem. W drugim przypadku zapalenia siatkówki, gdzie nie można było żadnej przyczyny wykazać, skutku po sublimacie nie zauważył. We wszystkich tych przypadkach prócz sublimatu nic nie stosowano z wyjątkiem przypadków *neuritis retrobulbaris*. Że w zapaleniu rogówki miąższowem skutku żadnego nie widział, tłumaczy sam autor tem, że przypadki te były zastarzałe. Dziwi się tylko S., że w zapaleniu tęczówki świeżem nie zauważył żadnego wpływu na przebieg tego cierpienia po zastosowaniu sublimatu. W ropnych zapaleniach rogówki dotychczas sublimatu nie stosował. Za to wielką usługę oddał autorowi sublimat w ciężkiem zapaleniu ciałka rzęskowego i tęczówki z wycięciami twardówki i zapaleniem rogówki i z silnem zadraźnieniem. Po czterech wstrzyknięciach oko uspokoiło się zupełnie. Doświadczenia Mellingera i Martiego, którzy starali się udowodnić, że wstrzykiwanie rozczynu soli kuchennej tak samo działa w ropnych zapaleniach rogówki jak sublimat, uważa S. za niepewne, gdyż obok soli kuchennej stosowano atropinę, ciepłe okłady, przepłukiwanie worka spojówkowego sublimatem, co samo wystarcza do wygojenia się wrzodu. S. uważa wstrzykiwanie sublimatu za środek bardzo dzielny i skuteczny, gdyż działanie jego korzystne występuje w nierównie krótszym czasie, niż po zastosowaniu innych leków. *(Klinische Monatsblätter*. Luty 1895).

Dr. Brudzewski.

Choroby zakaźne.

Justyn Karliński: Przyczynek do nauki o żywotności przecinkowców cholerycznych.

Autor przedsiębrał badania nad żywotnością przecinkowców cholerycznych w dejektach przechowywanych w kolbach i rozcieranych na płótnie, wełnie, bawełnie i t. d.; do badań używał oryginalnych odchodów cholerycznych, nie zaś sztucznie przyrządzanych. Z odchodami przechowanymi w naczyniach i wystawionymi na wpływ rozmaitej ciepłoty, (od 7 do 38° C.), przedsiębrał 50 prób, a z roztartymi na płótno i t. d. 80 prób. Z badań tych wynika, że w odchodach cholerycznych, przechowanych w średniej ciepłocie, mogą przecinkowce pozostać żywymi nawet przez 52 dni, jak to wykrył w jednym przypadku, w innym znalazł je po 37 dniach i t. d., a doświadczenia na zwierzętach wykazały, że nie traciły one przy tem swej jadowitości.

Z płótna zawalanego odchodami cholerycznymi i przechowanego w papierze pergaminowym, otrzymał hodowle przecinkowców jeszcze po 217 dniach, z takiego samego zaś płótna, ale wysuszonego na wolnem powietrzu i przechowanego w drewnianem pudełku po 36 dniach. Do podobnych rezultatów doszedł Kitasato, gdyż i on z płótna zawalanego dejektami cholerycznymi, otrzymał hodowle przecinkowca po upływie 200 dni. Karliński w celu otrzymania hodowli z próbek, używał peptonu, z którego następnie wylewał płyty gelatynowe. *(Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* Tom XVII. Nr. 5 i 6). *J. Nowak.*

Histologia.

M. Morgenstern (w Baden-Baden): Dalsze doniesienia w sprawie obecności nerwow w twardych składnikach zęba z podaniem sposobu ich wyszukiwania i przechowywania.

W nr. 47. *Przeglądu lek.* z 19. Listopada 1892 pomieściłem krótką wzmiankę o wrzekomym odkryciu nerwów w twardych składnikach zęba, dokonanem przez M., który tę wiadomość ogłosił w październikowym zeszycie *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk.* z r. 1892. Obecnie podaje tenże autor dalsze w tej sprawie szczegóły a przedewszystkiem swoją metodę otrzymywania preparatów drobnowidowych.

Do badania radzi M. brać zdrowe, świeżo wyjęte siekacze cieląt ze względu na łatwość ich otrzymania i wielkość histologicznych składników. Miejsca. w których nerwy mają być najwidoczniejsze, znajdują się pomiędzy rożkami

miazgi (pulpy) a guzikami, względnie krawędzią żucia korony. W zębach guzikowych idą pnie nerwowe w postaci prawie cylindrycznej od rożków pulpy do zębowiny, w siekaczach zaś tworzą one postać blaszki, która w osiowej płaszczyźnie korony, równoległe z jej wargową powierzchnią zdąża ku krawędzi. Poprzeczny przekrój tej blaszki ma postać sierpa, złożonego z 2—3 oddziałów, odpowiadających pierwotnym kolcom krawędzi. Już makroskopijnie odróżnić można nerwy od sąsiedniej zębowiny, pierwsze bowiem są szarawo-białe, nieprzeświecające, druga jest jaśniejsza i szklista.

Co do sposobu przyrządzania preparatów drobnowidowych, radzi M. świeżo wyjęty ząb przechować 3 dni w 1% kw. osmowym, później 6 dni w świeżym rozczynie tego kwasu a po wypłukaniu przez 24 godzin w płynącej wodzie, jeszcze 1—3 miesięcy trzymać w bezwodnym wyskoku. Chcąc pulpę częściowo zachować do dalszego badania, przecina się korzeń w środku, wkłada kawałki na 12 godzin do ksylolu z kw. karbolowym a następnie do ogrzanego balsamu kanadyjskiego, w którym się je trzyma najmniej 24 godzin w temp. 50—60° C. Skoro balsam już dostatecznie przesiąknął pulpę, zmywa się go z powierzchni ksylolem, poczem korona do szlifowania jest gotową. Aby otrzymać przekrój podłużny blaszki nerwowej, potrzeba za pomocą kołowrotka dentystycznego przeciąć koronę w płaszczyźnie, biegnącej równolegle do płaszczyzny frontowej albo ściśle w osi korony, albo też bliżej jej powierzchni wargowej lub językowej.

Barwienie odbywa się dwukrotnie w zgęszczonym wodnym rozczynie fuksyny, który się świeżo na gorąco przyrządza. Otrzymane wycinki zęba ogrzewać należy w tym rozczynie powoli przez ½ godziny aż do 60° C, potem obmyć je zimną wodą, na 2 minuty włożyć do bezwodnego wyskoku, wreszcie na 12 godzin do olejku gwoździkowego. Po zeszlifowaniu obu powierzchni (najpierw na drobnoziarnistym kamieniu korundowym, a następnie za pośrednictwem drobno sproszkowanej kredy na kamieniu z Arkansas przy ustawicznym dopływie wody), barwi się preparaty po raz wtóry powyższym sposobem, tylko nieco krócej i bada w olejku gwoździkowym.

Z końcem swego sprawozdania zapewnia M., iż na preparatach w ten sposób otrzymanych można widzieć delikatne sploty nerwowe z nielicznymi zwojami, otaczające właściwą blaszkę nerwową, z której pod prostymi najczęściej kątami przechodzą włókienka nerwowe w zębowinę.

Zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż opisane przez M. twory są to fuksyną zabarwione włókna zębowinowe (Tomesa), o których zresztą nie ma najmniejszej wzmianki, a owe pnie, sploty i zwoje nerwowe należy policzyć na karb zbyt wybujałej fantazyi autora. *(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.* Marzec 1895). *Dr. Szymkiewicz.*

Choroby dzieci.

H. Higier: **Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci.**

W historycznym poglądzie stara się H. przedewszystkiem wykazać, że w zapatrywaniach na zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego nie ma zgodności. Chcąc więc ułatwić rozpatrywanie tej sprawy, dzieli H. te zboczenia stosownie do przyczyn je wywołujących na 3 grupy.

Do pierwszej zalicza te wszystkie zboczenia, których przyczyny szukać musimy jeszcze w życiu płodowem dziecka, a więc zboczenia te może wywołać uraz macicy ciężarnej, opilstwo lub mocznica matki podczas ciąży, wreszcie poród przedwczesny. Najwybitniejsze objawy tej grupy są: ogólna sztywność mięśniowa, najwyraźniejsza w mięśniach dolnych kończyn; u starszych dzieci czasami t. zw. położenia przymusowe i ruchy spaczone. Porażeń rzeczywistych ani zaników mięśni nigdy nie napotykamy. Odruchy wzmożone; rozwój umysłowy zwykle nie ulega zmianie.

Do drugiej grupy zalicza H. te zaburzenia, których przyczyna leży w samym akcie porodowym t. j. we wszystkich tych okolicznościach, w których główka dziecka może uledz obrażeniu czy to przez zabieg położniczy, czy nawet przez sam dobrowolny, ale przedłużony poród. Pierwszym objawem są tutaj drgawki, często objawy spastyczne, zez i pląsawica; objawy tej grupy mogą dobrowolnie z biegiem czasu ustąpić a dziecko wraca do zdrowia.

Do 3. grupy wreszcie należą te zaburzenia ruchowe, które rozwijają się po ostrych gorączkowych chorobach; a mianowicie po kilkudniowem podniesieniu ciepłoty, senności, czasami bezprzytomności znajdziemy porażenia czy to połowicze czy poprzeczne. Sztywność mięśniowa i wzmożenie odruchów ścięgniestych jest i dla tej grupy cechująca; czasami trafiają się ruchy pląsawicze lub rytmiczne, wreszcie współruchy w kończynach niedowładem dotkniętych, po pewnym czasie występują także zaniki. Z objawów sfery zmysłowej należą do najczęstszych niedowidzenie, często zboczenia mowy, lub nawet ogólne upośledzenie rozwoju umysłowego.

Zmiany anatomiczne zaburzeń ruchowych mózgowego pochodzenia są nader rozmaite, często zależne od przyczyny, która je wywołała.

W pierwszej grupie najczęstsze są braki pewnych części substancyi mózgu (*porencephalia*), niedorozwój (*agenesis*); w drugiej grupie stanowią tło anatomiczne wynaczynienia podoponowe z następowym uciskiem mózgu. Najmniej wybitne i stałe są zmiany w 3-ciej grupie. W miejsce przyjmowanej (przez Strümpella) *polioencephalitis* skłania się autor ku przyjęciu za podstawę anatomiczną schorzenia ścian naczyniowych z następowemi wynaczynieniami lub emboliami.

Leczenie, jak to można już z góry osądzić ma bardzo niewielki zakres działania; obok pewnych leków, których skutek bywa wątpliwym, największą korzyść przynieść mogą zakłady wychowawcze odpowiednio urządzone. (*Medycyna* 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36; 1894.). *Dr. Raczyński.*

P. Tissier: **O ostrych zapaleniach błony śluzowej jamy nosa u noworodków.**

Zupełnie słusznie stara się autor wywalczyć chorobom błony śluzowej jamy nosa znaczenie, jakie się im należy ze względu na poważne niebezpieczeństwo z nich wyniknąć mogące, na ich doniosłe znaczenie dla życia noworodków.

Choroby te dzieli T. na ostre zapalenie zwykłe (*coryza acuta simplex*), na zapalenie z wytworzeniem błon wrzekomych (*coryza pseudomembranacea*), na zapalenie śluzo-ropotoczne (*rhinitis blennorrhoica*) i kiłowe (*rhinitis luetica*).

Wspólnym dla tych wszystkich form a równocześnie najgroźniejszym objawem jest upośledzenie oddychania przez nos czyli sapka. Dla noworodków ma ten objaw doniosłe znaczenie, bo dziecko przeważnie oddecha nosem a nadto niedrożność nosa upośledza a nawet zupełnie uniemożliwia akt ssania, co naturalnie samo przez się już może pociągać groźne następstwa t. j. podupadanie odżywienia. Z form wyżej wymienionych uważa P. za mniej groźne *coryza simplex* i *coryza psedomembranacea*, chociaż i te formy wikłać się mogą z zapaleniem płuc ogniskowem lub zapaleniem ucha środkowego. Najcięższem już przez samą przyrodę cierpienia, jak też przez swą długotrwałość, powikłania i następstwa jest zapalenie ropne (wywołane bywa najczęściej wydzieliną wiewiórową pochwy).

Leczenie ma na celu usuwanie wydzieliny za pomocą przestrzykiwań roztworem kwasu borowego, w cięższych formach stosujemy wdmuchiwania czystego kwasu borowego, wreszcie w formach ropnych przestrzykiwanie jamy nosa 0·5% roztworu azotanu srebrowego. (*Revue de maladies de l'Enfant* XII. Styczeń 1894.). *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

40. Rosenberg: Nowa metoda ogólnej narkozy. W celu dowiedzenia się, na czem polega zgubne niekiedy działanie środków do narkotyzowania używanych, przedsięwziął autor cały szereg doświadczeń w berlińskim zakładzie farmakologicznym i przekonał się, że tak różne

bardzo od siebie cyfry statystyczne różnych operatorów polegają nie na przypadku, ale na różnym sposobie narkotyzowania. Autor wyznaje się zwolennikiem metody używania narkotyków przez zadawanie kroplami.

Największe niebezpieczeństwo narkozy polega na *synkope* serca w samym początku usypiania. Ta *synkope*, której nie trzeba mięszać z porażeniem serca po użyciu nadmiernych dawek środków usypiających a które rozwija się dopiero po porażeniu ośrodków nerwowych, może nastąpić za użyciem każdego środka znieczulającego i jest według poszukiwań autora sprawą zwrotną, odruchową. Ten odruch jest skutkiem podrażnienia błony śluzowej nosa czyli innemi słowy zadraźnieniem gałązek nerwu błędnego, idących do serca i ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym przez zadraźnienie gałązek nerwu troistego, rozpostartych w błonie śluzowej nosa. Tego zwrotnego zadraźnienia serca i ośrodka oddechowego można uniknąć znieczulając kokainą błonę śluzową nosa lub narkotyzując przez ranę tracheotomijną. Stopień zadraźnienia wywołującego odruch zależy w równych czasach od ilości użytego środka znieczulającego i w tem tkwi wartość zadawania go kroplami.

Skutek kokainizowania błony śluzowej nosa polega nie tylko na uniknięciu owego niebezpiecznego działania zwrotnego, ale i na małem podniesieniu się ciśnienia krwi w naczyniach przed narkozą i podczas niej. Kokaina ma zresztą przymioty odtrutki względem chloroformu, z czego pochodzi, iż zwierzę znosi po kokainie więcej chloroformu niż bez niej.

Na 50 narkoz chloroformem i kilku eterem po użyciu kokainy na błonę śluzową nosa, przekonał się autor, iż samo zadawanie środka znieczulającego jest przyjemniejsze po kokainie, niż bez niej, że nawet u pijaków zmniejsza się lub nawet całkiem znika okres podniecenia, że wymioty są rzadsze i że nie ma nudności po narkozie.

Autor ustanawia następujące przepisy dla narkozy chloroformem, której oddaje pierwszeństwo przed narkozą eterem: Chloroform należy podawać kroplami i bez przerwy aż do ukończenia operacyi. Przed narkozą należy zbadać dokładnie wszystkie narządy u mającego poddać się operacyi. Sama narkoza powinna odbywać się, ile możności nie w sali operacyjnej, ale w izbie sąsiedniej a to dla spokoju tak korzystnego dla narkozy jak i dla uniknięcia wzruszenia pacyenta. Podczas narkozy musi oddychanie odbywać się bez żadnej przeszkody. Do kokainizowania błony śluzowej nosa, które ma odbyć się na kilka minut przed rozpoczęciem narkozy, używa się 10% roztworu kokainy i przyrządu rozpylającego, zaopatrzonego w stosowny wentyl. Do każdej dziurki od nosa wpyla się po dwa centygramy w kierunku dolnego przewodu nosowego i skośnie ku górze. Po trzech minutach wpuszcza się do każdej dziurki od nosa jeszcze po centygramie i przystępuje do narkozy. Rurkę od rozpylacza należy wprowadzić do nosa. Przy większych operacyach należy powtórzyć kokainizowanie co $1/2$ godziny a w każdym razie użyć kokainy przed samem obudzeniem się operowanego, żeby przyśpieszyć obudzenie się i uniknąć nieprzyjemnego przytem uczucia dla operowanego.

W rozprawie nad tym odczytem oświadcza Guttmann, że sposobem Rosenberga narkotyzował 12 razy i przekonał się, że narkoza następowała bardzo lekko i rychło, u pijaków nie było całkiem okresu podniecenia a obudzenie się po narkozie było zupełne. Nawet w jednym przypadku z wadą serca odbyła się narkoza bardzo prędko i szczęśliwie.

Dührssen użył do narkozy sposobu Rosenberga 18 razy i sądzi, że korzyści zeń są nieco przesadzone a polegają głównie na dolewaniu chloroformu kroplami. Widział nawet raz stan podniecenia, co prawda u kelnerki. Narkoza następuje późno, jak w ogóle przy użyciu kroplami środka do narkozy. W jednym przypadku przelotnie zatrzymał się oddech. Tętno bywało podczas narkozy bardzo dobre i utrzymywało się takiem aż do samego jej końca. Tylko w pięciu przypadkach nie było całkiem wymiotów. D. spodziewa się, że do tychże samych rezultatów można dojść i bez kokainy. W każdym razie metoda Rosenberga jest lepsza od narkozy eterem dla późnych jej skutków. Na 150 narkoz eterowych widział D. trzy zapalenia płuc, z nich jedno bardzo ciężkie. Wielu operowanych dostaje zapalenia oskrzeli skutkiem użycia do narkozy eteru.

Liebreich jest zdania, że i metoda Rosenberga nie usunie zupełnie pewnych przypadków narkozy, jak np. okresu podniecenia tak właściwego chloroformowi, nie usunie go mianowicie u pijaków. I metoda nalewania chloroformu kroplami nie ma znaczenia ogólnego. Sposób Rosenberga usuwa wprawdzie pierwsze zwrotne działanie na serce, nie jest w stanie jednak usunąć późniejszego.

Rotter widział dwa przypadki śmierci z zapalenia płuc po użyciu eteru u osób, u których nie było do narkozy tym środkiem żadnego przeciwwskazania.

Landau na 2000 narkoz eterem nie miał ani jednego przypadku nieszczęśliwego. By narkoza wypadła szczęśliwie trzeba dobrego przetworu, dobrej maski i wprawnego narkotyzera, bo narkoza jest sztuka, której trzeba się uczyć. Wbrew zdaniu Koniga (por. Nr. 2. *Przeglądu lek.* z r. b.) wykonał Landau wiele operacyj w jamie brzusznej wśród narkozy eterem i zapewnia, że nie odważyłby się nigdy dawniej robić tak długich operacyj przy chloroformie, jak robi je teraz przy eterze.

Karewski oświadcza się za wyborem eteru lub chloroformu w miarę okoliczności szczegółowych w danym przypadku.

Rosenberg twierdzi, że w swoim wykładzie nie oświadczył się ani za chloroformem ani za eterem. Jego metoda da się zastosować i do chloroformu i do eteru a zmniejsza niebezpieczeństwo śmierci z narkozy. Teoryę jego metody popiera bardzo okoliczność, iż według podania Hahna narkotyzowanie przez ranę tracheotomijną jest o wiele łatwiejsze niż zwykłe. Kokainować błonę śluzową nosa należy tylko w postaci siedzącej lub stojącej pacyenta. *(Berliner klinische Wochenschrift.* 1, 2. 1895).

41. Blondel: Leczenie bólów błyskawicznych w wiądzie pacierzowym. Na posiedzeniu paryzkiego Towarzystwa terapeutycznego opowiedział autor przypadek wiądu pacierzowego u mężczyzny, 29 lat liczącego, który kiłę przebywał a miał bóle nadzwyczaj gwałtowne i opierające się wszelkiemu leczeniu. Otóż tego pacyenta ułożył autor na łóżku, kazał mu uda przygiąć jak najbardziej na brzuchu tak, by kolana były jak najbliżej brody. Podudzia były oczywiście zgięte znów w kolanach. Za pomocą rzemienia przebiegającego od karku po pod kolana i przyciąganego przez samego pacyenta udało się utrzymać taką pozycyą przez 5 minut.

Po ośmiu dniach takiego leczenia ustąpiły bóle zupełnie a gdy pokazały się po niejakim czasie na nowo, wystarczyło do ich poskromienia powtarzanie wymienionej procedury raz na miesiąc. Od dwóch lat chory nie miewa żadnych bólów.

Autor przypisuje skutek terapeutyczny wydłużeniu rdzenia pacierzowego podobnie jak przy zawieszaniu w wiadomym przyrządzie z tą różnicą, że nie ma tu niebezpieczeństwa zwichnięcia kręgów szyjnych i nie potrzeba żadnego osobnego przyrządu. *(La Semaine médicale.* 20. Marca 1895).

42. L. Grossmann (w Budapeszcie): O wodobromku skopolaminy. Na podstawie doświadczeń przeszło rok trwających, przekonał się autor w swym oddziale szpitalnym, że 2% roztwór przerzeczonej soli już po 8 do 10 minutach rozszerza źrenicę, że to rozszerzenie bywa po 15 do 25 minutach największe a znika zupełnie po 4 do 6 dniach. Porażenie akomodacyi nastaje po skopolaminie w 30 do 35 minut (po atropinie w 50 do 60 minut) i utrzymuje się krócej niż po atropinie. Działanie skopolaminy jest mocniejsze, jeżeli zapuści się kokainę na 3 do 4 minut przed skopolaminą. Roztwór 1% skopolaminy można miesiącami zapuszczać po 2 do 3 razy dziennie bez żadnych skutków ubocznych. Tylko roztwory mocniejsze 3 lub 4% skopola-

miny działają trująco, gdy atropina już w 1% roztworze rozwija to działanie, niekiedy po zapuszczeniu nawet tylko 2 lub 3 razy.

Autor zaleca skopolaminę u dzieci i u osób chorych na serce w roztworze 1%, któremu daje pierwszeństwo także przed atropiną i homatropiną w celach dyagnostycznych (por. Nr. 11. *Przeglądu lek.* z r. b.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 6. Lutego 1895.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 28.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, iż w odpowiedni sposób załatwił rezolucye na poprzedniem posiedzeniu uchwalone

3) Na prośbę o zapomogę wniesioną przez pewną wdowę po lekarzu, zebrano z dobrowolnej składki 30 złr.

4) Koll. Adam Bednarski, Fryderyk Simon i Zygmunt Eliasiewicz jednogłośnie przyjęci na członków Towarzystwa.

5) Kol. Rydygier przedstawia dwóch pacyentów z kliniki chirurgicznej z cierpieniem gruźliczem stawu łokciowego — jeden leczony operacyjnie przez wypiłowanie stawu metodą Olliera — drugi konserwatywnie wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowo-glicerynowej i częściowem ustaleniem stawu, w obu przypadkach mimo odmiennego postępowania wyniki są mniej więcej jednakowe i zupełnie zadowalniające. Następnie przedstawia prelegent chorego, u którego po raz pierwszy wykonał osteoplastyczną resekcyę kości krzyżowej w celu wycięcia raka odbytnicy. Gdy jednak szew łączący odcinki wyciętej odbytnicy puścił, w skutek czego górny koniec odbytnicy usunął się ku górze, obmyślił prelegent sposób wykonania sztucznego odbytu opisany w *Centralblatt für Chirurgie* to jest przeprowadził odbytnicę przez *musc. pyriformis dexter* i *glutaei* na prawym pośladku. Operowany utrzymuje dobrze kał, nie ma tylko czucia chwili kiedy kał ma odchodzić.

6) Kol. przewodniczący w gorącej przemowie podniósłszy zasługi kol. Kwaśnickiego, podaje do wiadomości wniosek Komitetu Towarzystwa mianowania kol. Kwaśnickiego członkiem honorowym; po chwilowem zamknięciu zwyczajnego posiedzenia otworzył przewodniczący zgromadzenie nadzwyczajne na którem jednogłośnie mianowano kol. Kwaśnickiego członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

7) Kol. Rościszewski podał: *Przyczynek do leczenia przykurczeń stawu barkowego* (odczyt ten jest w niniejszym numerze).

W dyskusyi zabiera głos kol. Gluziński, aby potwierdzić wyniki otrzymane przez prelegenta. Sposób leczenia jest dobry, wymaga tylko wielkiej cierpliwości ze strony tak chorego jak i lekarza.

Kol. Mars jako jeden z pacyentów potwierdza, że ruchy w stawie barkowym ma tak dobre i dokładne, jak gdyby nigdy nie miał złamania główki kości ramiennej.

Kol. Obaliński zwraca uwagę, że złamania w stawie barkowym i bez masażu mogą dobrze przebiegać i kończyć się dobrymi wynikami.

Kol. Rościszewski oświadcza w odpowiedzi, że główną przyczyną zesztywnienia stawu u kol. Marsa był nadmierny rozwój kostniny W przypadku zniekształcającego zapalenia stawu tylko masaż jedynie może skutkować.

8. Kol. Gluziński miał odczyt o zmianach w nerwach obwodowych w miażdżycy tętnic, ilustrując go wieloma preparatami mikroskopowymi. (Odczyt ten będzie drukowanym w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Kryński na badania jednego z chirurgów niemieckich Zoege-Manteuffla, dotyczące powstawania samoistnej zgorzeli kończyn. Przed trzema laty na Zjeździe chirurgów niemieckich opisał on ciekawą postać tego rodzaju zgorzeli, powstającej u ludzi młodych, w wieku od lat kilkunastu do 40, nie obarczonych żadną dyatezą ogólną, jak kiła, gruźlica lub cukrzyca. Jako jeden stały szczegół w anamnezie dotkniętych tem cierpieniem chorych występuje tu reumatyzm. W jednym z ostatnich zeszytów *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* znajduje się obszerna praca jednego z asystentów Zoege-Manteuffla, w której podaje autor wyniki badań klinicznych, sekcyjnych i histologicznych nad taką zgorzelą samoistną. Badania histologiczne dotyczą głównie zmian w naczyniach krwionośnych, w których następuje stopniowe tworzenie się zakrzepu, przemieniającego się powoli w twór tkankowy w postaci tkanki włóknistej, zamykającej szczelnie światło naczynia. Ta nowo utworzona tkanka powstaje w skutek bujania elementów tkankowych wewnętrznej błony ścian naczyniowych, później zaś w niej rozwijają się dość obficie nowe naczynia krwionośne. Pozostałe warstwy ścian naczyń ulegają także zgrubieniu i przerostowi włóknistemu.

Godną uwagi jest ta okoliczność, że wszystkie te zmiany prowadzące ostatecznie do zamknięcia światła naczyń, rozpoczynają się w naczyniach grubszych, dość wysoko tak, iż znajdował je ów autor w *vasa poplitea*, gdy tętnice stopy i palców były jeszcze nie zmienione i zupełnie zdrowe.

Zajmując się głównie badaniem tętnic, autor zmian w nerwach dotyka tylko z lekka, lecz i w nich widział zgrubienie osłonek i wzrost tkanki łącznej. (Sprawozdanie własne).

Kol. Obaliński obserwował przypadek zgorzeli kończyny dolnej u 33. letniego mężczyzny z wybitną po tej samej stronie miażdżycą tętnic, miejsca zgorzelinowe były rozsiane po całej kończynie. amputacya tylko usunęła gwałtowne bóle; kol. Obaliński zwraca uwagę na znaczne bóle zdarzające się w niektórych przypadkach, przemawiałoby to za współudziałem cierpienia nerwów.

Kol. Sroczyński zapytuje się prelegenta, czy z opisanej przez niego *neuritis* początkową sprawą jest bujanie nadmierne tkanki łącznej, wywołujące w następstwie zwyrodnienie włókien nerwowych, czy też pierwotnem jest zwyrodnienie samych nerwowych elementów.

Kol. Gluziński oświadcza w odpowiedzi, że prawdopobnie pierwotnem jest bujanie tkanki łącznej, są jednak przypadki, gdzie pierwszem jest zwyrodnienie włókien nerwowych; dowodów ścisłych jednak nie ma — dalsze badania może sprawę tę wyświetlą.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 28. Marca 1895 r.

— Doc. Dr. Stanisław Ponikło, dyrektor szpitala św. Łazarza w Krakowie, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Galicyjska rada zdrowia krajowa odbyła w dniu 20. b. m. posiedzenie, na którem 1) przedstawiono kandydatów na opróżnione posady lekarzy powiatowych, względnie asystentów sanitarnych, 2) przyjęto do wiadomości zdanie sprawy weterynarskie z r. 1892, 3) wydano opinią w sprawach przemysłowych ze stanowiska lekarskiego co do garbarni w Złoczowie, piekarń we Lwowie, Niedźwiedziu i Krakowie, destylarni nafty i rafineryi w Drohobyczu, papierni w Gorzeniu i Jaroszowicach, masarni i wędzarni w Krakowie, składu szmat i kości we Lwowie, 4) wydano opinią co do potrzeby apteki w Korolówce, 5) wydano opinią co do prywatnego grobowca w Czarnołożcach, 6) uchwalono wnioski w sprawie epidemii zapalenia opon mózgordzeniowych, 7) przyjęto zdanie sprawy o stósunkach sanitarnych w kraju za rok 1893 wraz z wnioskami. Jedne i drugie będą drukowane.

— Z uwagi, że w Krakowie ludzie łakomi odkopywali nieraz padlinę w pobliżu tak mieszkania oprawcy miejskiego jak i w sąsiedztwie zakładu kontumacyjnego, wniósł radca miejski prof. Dr. Domański, by w celu zapobieżenia groźnym z tego dla zdrowia i życia ludzkiego niebezpieczeństwom niszczyć padlinę w sposób wykluczający wszelką możność zrobienia z nią nadużycia. Rada miejska wniosek ten przyjęła bez rozpraw i poleciła Magistratowi wypracować i przedstawić w tej mierze stósowne wnioski.

— *Kronika lekarska* w Warszawie, wychodząca dotychczas raz na miesiąc otrzymała pozwolenie wychodzenia dwa razy miesięcznie.

— Influenca panująca obecnie w całej prawie Europie i w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej nie porywa nigdzie tylu ofiar, co w Anglii a osobliwie w Londynie, gdzie od miesiąca powiększyła się znacznie śmiertelność. I tak w tygodniu od 3. do 9. b. m. zmarło w Londynie na influencę 473 osób, z których 255 przypada na osoby liczące więcej niż 60 lat. Jestto przyczyny więcej, niż na szczycie epidemii z roku

1893. Prócz tego powiększyła się znacznie śmiertelność z chorób narządu oddechowego i tak w tymże samym tygodniu umarło z zapalenia oskrzeli 938 osób (w miejsce średnio 325) i 336 z zapalenia płuc (zamiast średnio 143). Również gwałtownie występuje influenca w wielu dużych miastach angielskich, jak Liwerpolu, Glasgowie, Nottinghamie i innych. Jedno z towarzystw ubezpieczeń na życie w Londynie wypłaciło podczas obecnej epidemii więcej niż trzy miliony franków z powodu przypadków śmierci na influencę; w ogólności toż towarzystwo w ciągu 2 lat ostatnich wypłaciło z powodu influency więcej, niż w ciągu 43 lat z powodu cholery.

— 9-ty międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny odbędzie się dopiero w roku 1897 w Madrycie od 11. do 18. Października. Składka wynosi od osoby dla panów 25, dla pań 10 *pesetas*. Urzędowymi językami kongresu będą hiszpański, portugalski, francuski, włoski, angielski i niemiecki, wolno jednakże przemawiać po łacinie i w każdym innym używanym języku europejskim. Będzie to przeto niemal prawdziwa wieża Babel; czy z pożytkiem dla nauki, wolno powątpiewać. Z odczytami i zdaniami sprawy zgłaszać się należy do 11. Sierpnia 1897 do *Secretario general del IX. Congresso de Higiene* w Madrycie.

— Tegoroczne zebranie się niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Gracu od 23. do 25. Września. Głównemi przedmiotami rozpraw będą: sprawa pęcherzycy (*pemphigus*), referentami Kaposi z Wiednia i O. Rosenthal z Berlina i stosunek kiły trzeciorzędnej do terapii we wczesnych okresach, ref. Caspary z Królewca i A. Neisser z Wrocławia.

— Niemieckie Towarzystwo otologiczne zbiera się w roku bieżącym w Jenie 1. i 2. Czerwca. Zgłoszenia się o przyjęcie do Towarzystwa przyjmuje prof. Dr. K. Bürkner w Getyndze, u którego trzeba zapowiadać do 30. Kwietnia wykłady i demonstracye.

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku bieżącym w Paryżu na polu Marsowem od 15. Maja do 15. Września.

— Według urzędowego zdania sprawy wynoszą straty wojska japońskiego w teraźniejszej wojnie z Chinami od 21. Września r. z. do 8. Marca r. b. 541 zabitych i 131 zmarłych wskutek ran i 981 zmarłych wskutek chorób. O postępie zaś Japonii na polu medycyny świadczy okoliczność, iż gdy w wojnie domowej przed 20 laty zmarło z ran 10.75% rannych, obecnie śmiertelność między nimi zeszła do 2.72%.

— Z wiadomych względów sanitarnych zakazano przed laty w Szwajcaryi i w Belgii wyrabiania, sprowadzania i sprzedaży zapałek z fosforem białym. Zakazy te jednak nie doprowadziły z przyczyn technicznych i ekonomicznych do praktycznego rezultatu. Otóż izba deputowanych w Paryżu uznając całą ważność sprawy, wyznaczyła temi dniami w budżecie 50000 franków na badania w przedmiocie usunięcia fosforu białego z fabrykacyi zapałek.

— Pisma codzienne w Wiedniu doniosły temi dniami, iż pewna położnica podała dziecku swemu przez omyłkę lizol zamiast ulepku rabarberowego i że skutkiem tego śmierć nastąpiła. Jestto pierwszy przypadek śmierci tego rodzaju w monarchii austro-węgierskiej a powinien być skazówką, że z lizolem powinno się postępować równie przezornie jak z innemi truciznami, mianowicie używanym tak powszechnie do desinfekcyi kwasem karbolowym.

— W dzielnicy Hornsey miasta Londynu ukazała się płonica epidemicznie. Mleczarze tej dzielnicy dostarczają mleka do miasta ze wsi Hatton, gdzie ubiegłego lata występowała płonica w tym stopniu, iż musiano pozamykać szkoły miejscowe. Jestto rzeczą najpodobniejszą do prawdy, iż zakażenie mleka nastąpiło przez styczność z ludźmi a nie od chorych krów. Ogółem postrzegano w Hornsey 233 przypadków. O pierwszym przypadku doniesiono 2. Lutego; 4. Lutego o 5; w następnych dniach o coraz większej liczbie przypadków a nareszcie 11. Lutego o 58 przypadkach. W tym dniu zakazano przywozu mleka z miejscowości podejrzanej, w trzech następnych dniach doniesiono jeszcze o 73 przypadkach, lecz już 15. Lutego liczba ta spadła do 9 i od zakazu wymienionego było już tylko 40 przypadków. Epidemia zresztą była na szczęście niesłychanie łagodna, bo nie było ani jednego przypadku skończonego śmiercią.

— Lekarskie dzienniki amerykańskie donoszą, iż tak cenny *Index medicus* musiał zaprzestać wychodzić z braku poparcia, miał bowiem tylko 300 płatnych abonentów, potrzebował ich zaś 800.

— Zdrojowisko jodowo-solankowe *Bad-Hall* w Austryi Górnej uzyskało przez wywiercenie w roku bieżącym nowe zdroje, których woda zdaniem radcy dworu prof. Dra E. Ludwiga w Wiedniu przewyższa ilością swych składników skutecznych nawet najsilniejszą solankę jodową na stałym lądzie, zdrój Tassila. Kraj Austrya Górna jako właściciel rzeczonego zdrojowiska uczynił wszystko, co można, aby Bad-Hall odpowiedzieć mogło wszelkim słusznym wymaganiom leczącej się publiczności.

— Z błonicy umarło w Londynie w 1893 r. osób 1962 a w 1894 r. 3195, w Paryżu zaś w tym samym czasie 1266 i 1009.

— **Miejsce dla lekarza.** Dr. Józef Michalik, lekarz praktykujący w Szczurowy, przeniósł się do Leżajska.

Lekarz praktykujący potrzebny jest do Szczurowy. Bliższa wiadomość u miejscowego aptekarza.

Nekrologia. Zmarli: W dniu 30. Stycznia w 85. roku życia w Płocku **Adam Bućkiewicz**, jeden z pierwszych wychowańców b. Akademii medyczno-chirurgicznej wileńskiej, którą ukończył w roku 1835, lekarz, ziemianin i literat, powszechnym otaczany szacunkiem. — W dniu 18. b. m. w Warszawie w 66. roku życia **Dr. Feliks Krajewski**, lekarz praktykujący w Hrubieszowskiem, człowiek sumienny i bardzo wykształcony, autor wielu prac rozproszonych po polskich pismach peryodycznych lekarskich. — W Krakowie w dniu 25. b. m. **Dr. Julian Chmielecki** w 86. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 12-tym. N. Cybulski: O funkcyi nadnercza. A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych. W *Medycynie* Nrze 12-tym: S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych. Z. Bychowski: Przyczynek do kazuistyki uchyłków przełyku (*diverticulum oesophagi*). W *Przewodniku higienicznym* Nrze 3. J. Barzycki. Wpływ wody na rozszerzanie się cholery. P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

Redakcya otrzymała:

L. Guranowski: Ein Fall von tuberculöser Otitis media nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse. (Odbitka z *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 3-go Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Ponikło okaże tablicę objaśniającą rozdział chorych, leczonych w r. 1894. w szpitalu św. Łazarza i św. Ludwika, pochodzących z Krakowa lub jego najbliższej okolicy; poczem mówić będą: 1) kol. prof. Jakubowski: *Sprawozdanie z doświadczeń przeprowadzonych surowicą leczniczą w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie;* 2) kol. Gabryszewski: *W sprawie leczenia wrzodów goleniowych* (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Dra M. Cerchy.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza